STANFORD UNIVERSITY LIBRARY
OCT
26
1911

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Lesser.

Ueber

Pemphigus foliaceus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Bronislawa Galkus
aus Schawli in Littauen.

Tag der Promotion: 22. Dezember 1910.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstraße 39.

80

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **His.**

Meinen Eltern

und

meinem Taufvater

in tiefster Verehrung und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Ausdruck Pemphigus war schon im Altertum bekannt. Aber man bezeichnete damit jede mit Blasenbildung einhergehende Hautaffektion. Hippokrates und Galen sprechen von einer Krankheit, bei welcher Blasen im Munde und Fieber vorkommen, von den Späteren febris pemphigodes genannt, vielleicht unser Herpes labialis.

Aëtius führt einen blasenähnlichen Ausschlag an, der bei Kindern und bei Weibern, deren Regeln in Unordnung sind, auftritt und wobei sich ähnliche Papeln wie bei Verbrühung entwickeln. Von Garracus wurde Blasenaffektion Pompholix genannt.

In der ersten Hälfte des siebzehnten Jahrhunderts beschrieb der Franzose Ch. Lepois den Pemphigus.

Im achtzehnten Jahrhundert begegnen wir häufiger Nachrichten über Pemphigus.

Thierry sah im Jahre 1736 bei der Belagerung Prags unter den französischen Truppen epidemisch auftretende Blaseneruptionen „Pemphigus castrensis" genannt.

Bahnbrechend für die Lehre vom Pemphigus war das im Jahre 1790 erschiene Werk Wichmanns „Ueber Pemphigus" und seine Einteilung desselben in die akute und chronische Form, die noch heute als richtig gilt.

Cazenave (1884) teilte den Pemphigus in Pemphigus pruriginosus acutus, Pemphigus spontaneus febrilis und Pemphigus foliaceus ein.

Aber sein Vorschlag, den Pemphigus foliaceus als eine für sich bestehende Krankheit gelten zu lassen, fand wenig Anklang; und erst in den letzten Dezennien ist dank den großen Fortschritten auf dem Gebiete der Dermatologie be-

züglich der Einteilung der Pemphigusgruppe Klarheit geschaffen.

Man hat den Pemphigus zunächst von anderen mit Blasenbildung einhergehenden Krankheiten unterscheiden gelernt, so von Epidermolysis bullosa hereditaria, Herpes zoster, Impetigo contagiosa, Pemphigus syphiliticus, Pemphigus neonatorum. Späterhin hat man auch dem vorherrschenden Symptomenkomplex entsprechend den Pemphigus in einzelne Formen differenziert. Heute unterscheidet man folgende Formen:

I. Pemphigus acutus (Febris bullosa).
II. Pemphigus chronicus:
    a) Pemphigus vulgaris benignus;
    b) Pemphigus vulgaris malignus.
III. Pemphigus foliaceus.

Pemphigus acutus ist eine sehr seltene Erkrankung, die nach Art der akuten Infektionskrankheiten verläuft. Die Krankheit beginnt mit Schüttelfrost und Temperatur bis zu 40°, zugleich bedeckt sich die Haut mit erhabenen roten Flecken, welche unregelmäßig über den ganzen Körper zerstreut sind. Nach kurzer Zeit bilden sich in der Mitte der Flecken kleine, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Bläschen, welche sich rasch vergrößern und tauben- bis hühnereigroß werden können. Nach dem Platzen der Blasen bedecken sich die exkoriierten Stellen mit Krusten, unter denen bald eine Regeneration der Epidermis stattfindet. Inzwischen erfolgen unter kontinuierlichem hohen Fieber fortwährend frische Nachschübe. Die sichtbaren Schleimhäute werden ebenfalls befallen; es bilden sich eitrig belegte Erosionen und Rhagaden. Die Schleimhäute der Bronchien und des Intestinums sind auch manchmal beteiligt. Nach 8—14 Tagen hören die weiteren Nachschübe auf, das Fieber nimmt ab und allmählich tritt völlige Genesung ein. Zurzeit läßt sich noch nicht sicher entscheiden, ob der Pemphigus acutus eine selbständige Krankheit ist. Dem Beginn und Verlaufe nach

ist der Pemphigus acutus am wahrscheinlichsten den Infektionskrankheiten zuzurechnen.

Unter dem Namen Pemphigus chronicus sind diejenigen Krankheitsformen zusammenzufassen, welche den eigentlichen Pemphigus repräsentieren und es lassen sich nach Hebras Vorgange zwei Hauptgruppen unterscheiden, der Pemphigus vulgaris und der Pemphigus foliaceus.

Unter dem Pemphigus vulgaris versteht man einen chronischen Ausschlag der Haut oder Schleimhaut durch Blasenbildung charakterisiert, die sich in gewissen Abständen zu wiederholen pflegt. Die Blasen treten meist zuerst auf der Haut oder Schleimhaut auf und im Laufe einer kurzen Zeit verbreiten sie sich über den ganzen Körper. Es gibt Fälle, bei welchen im Verlauf der ganzen Krankheit nur wenige Blasen zur Ausbildung kommen, die abheilen, um dann meist an derselben Stelle, in derselben Zeit wieder zu erscheinen.

Auf scheinbar normaler oder geröteter Haut erheben sich prall gespannte Blasen mit serösem und seröseitrigem Inhalt, manchmal mit Blut untermischt. Die Größe der Blasen kann schwanken von Erbsen- bis Faustgröße und darüber. Sie können in Kreislinien angeordnet, der Dermatitis herpetiformis Dühring ähnlich sein oder die regelmäßige Anordnung kann vollständig fehlen. Je nach der Anordnung der Blasen spricht man von einem Pemphigus circinatus, gyratus, serpiginosus usw.

Die Lokalisation der Blasen ist ganz unregelmäßig und es kann jede Körperstelle befallen werden. Durch irgendeine äußere Einwirkung bersten die Blasen, entleeren ihren Inhalt und auf dem freiliegenden Corium vertrocknet das Sekret zu gelben Borken und in kurzer Zeit erfolgt Restitution der Epidermis ohne Narbenbildung. Subjektive Empfindungen an den ergriffenen Hautstellen können besonders bei nur geringer Entwicklung des Exanthems ganz fehlen. Bei Vorhandensein größerer exkoriierter Stellen empfinden die

Kranken bei Berührungen, durch Zerrung der anklebenden Wäsche Schmerzen. In manchen Fällen von Pemphigus besteht heftiges Hautjucken (Pemphigus pruriginosus). Manche Fälle verlaufen fieberlos, dagegen sind umfangreiche Eruptionen und Nachschübe in der Regel von Fieber begleitet. Dem Verlaufe nach sind die Pemphigusfälle außerordentlich von einander verschieden. Die Form des Pemphigus vulgaris, welche ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens verläuft, nach dem Platzen der Blasen an der Basis sich überhäutet, und bei dem Nachschübe nur in großen Zwischenräumen erfolgen, bezeichnet man als Pemphigus vulgaris benignus.

Hingegen zeigt der Pemphigus vulgaris malignus bedeutende Störung des Allgemeinbefindens, Temperatursteigerung, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Diarrhoe sind nach Hebra stets ein schlechtes Zeichen. Die Nachschübe folgen rasch aufeinander. Die Blasen überhäuten sich nicht so schnell oder gar nicht, so daß immer größere Körperstrecken exkoriiert werden. Diese Fälle können ganz ähnliche Erscheinungen darbieten, wie der weiter unten zu besprechende Pemphigus foliaceus. Die Kranken befinden sich in diesem Stadium in einem bejammernswerten Zustand, jede Bewegung ruft Schmerzen hervor, durch Losreißen der exkoriierten Partien, und die Zersetzung der Sekrete belästigt durch ihren Geruch den Kranken und die Umgebung aufs höchste. Im weiteren Verlauf treten Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems, die sich als soporöse Zustände und maniakalische Anfälle äußern, auf. Endlich erlöst der Tod die Kranken von ihren qualvollen Leiden.

Bei Vergleichung des P. foliaceus mit dem eben besprochenen Pemphigus vulgaris ergeben sich wesentliche Unterschiede. Zwar beginnt auch der Pemphigus foliaceus in der Regel mit Eruption von Blasen, jedoch sind sie meist klein und haben nicht die pralle, glänzende Wölbung wie bei Pemphigus vulgaris, vielmehr sehen sie schlapp, matsch aus,

sie gleichen dann am meisten durch Vesikantien, Kantharidenpflaster und dergl. erzeugten Blasen. Der Hauptunterschied vom Pemphigus vulgaris besteht aber darin, daß an der Basis der geplatzten Blasen keine Ueberhäutung erfolgt, sondern gleich nach der Bildung dünner Epidermis neue Blasen entstehen und dann wird die Haut mit Epidermisfetzen und Krusten bedeckt. Die Blasen entwickeln sich an wenigen zentralen Stellen, mit Vorliebe am Thorax, Rumpfe, Abdomen, seltener an den Armen und Beinen und breiten sich per continuum über die ganze Hautoberfläche aus, nicht wie bei Pemphigus vulgaris dadurch, daß neue Blasen gesetzt werden, sondern in der Weise, daß von der ursprünglichen Blasengrenze aus die Epidermis peripherwärts losgewühlt und das Corium über ausgebreitete Strecken freigelegt wird. Im Laufe von Monaten oder Jahren wird allmählich der ganze Körper okkupiert. Die Bildung von Blasen tritt in den Hintergrund oder sistiert, um dem Bilde einer generalisierten Erythrodermie Platz zu machen. Durch diese Bildung neuer Epidermisloswühlungen kommt es zur Schichtung von Epidermismassen, die eine Aehnlichkeit mit den Blättern des Butterteiges zeigen. Die randständigen Partien lassen sich von der Unterlage leicht abheben und hierbei tritt die unverhornte, feuchte Epidermisschicht zutage. Die abgehobene Schicht wird dann in Form weißlicher, flacher Schuppen abgestoßen. Derselbe Vorgang wiederholt sich wieder und eben dieses Bild führte Cazenave dazu, diese Form des Pemphigus als „foliaceus“ zu bezeichnen und er beschreibt denselben folgendermaßen: „Die Blasen konfluieren kaum gebildet, zerreißen und bedecken große Strecken mit dünnen blätterteigartigen Schuppen „parfaitement semblables à des pelures de pâtisserie feuilletée.“ An der Haut nur an einer Stelle haftend, flattieren sie und gewähren einen eigentümlichen Anblick, „un aspect foliacé si remarquable que j'ai cru devoir faire de ce charactère une forme particulière de Pemphigus chronique“. Die neugebildete Epidermisdecke nach

dem Loswühlen der oberen Schicht ist so dünn, daß sie nicht imstande ist bei der mit dieser Krankheit verbundenen Exsudation aus dem Papillarkörper neue Blasen zu bilden, sondern infolge ihrer geringen mechanischen Widerstandsfähigkeit durch das Exsudat nicht abgehoben wird, sondern sofort einreißt und in unregelmäßigen gyierten Linien erscheint. Dieses Unvermögen der Haut, Blasen zu bilden, erklärt Mracek infolge der durch die Krankheit erworbenen Kachexie. Wenn sich die Kranken erholen und damit ihre Haut besser ernährt wird, so bilden sich wieder Blasen und der Pemphigus foliaceus kann in Pemphigus vulgaris übergehen, wie die Erfahrungen verschiedener Autoren zeigen. Die Uebergänge sind selten, jedoch mit Sicherheit konstatiert. O. Simon, Mracek, beobachteten z. B. Fälle von Pemphigus vulgaris, die in Pemphigus foliaceus übergingen und bei eintretender Besserung wieder die Erscheinungen des gewöhnlichen Pemphigus zeigten.

In außerordentlich seltenen Fällen entwickeln sich nach dem Platzen der Blasen auf den exkoriierten Flächen papilläre, nässende Wucherungen. Sie beginnen gewöhnlich in der Anal- oder Genitalgegend, an den Lippen, in der Achselhöhle, an den Beugeseiten der Gelenke der Extremitäten, breiten sich serpiginös aus, und überziehen in weiterem Verlauf auch andere Körperstellen. Diese Form führt in kurzer Zeit zum Tode und ist von Neumann als Pemphigus vegetans bezeichnet worden. Die Erkrankung der Schleimhäute pflegt gewöhnlich erst im späteren Verlaufe des Pemphigus foliaceus der äußeren Decke aufzutreten im Gegensatz zu anderen Formen des Pemphigus chronicus, die ja an den Schleimhäuten beginnen, sogar jahrelang auf dieselben beschränkt bleiben können.

Auf der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, der Zunge, des Gaumens bilden sich ähnliche Eruptionen, nur daß es hier wegen der viel zarteren Beschaffenheit des Epithels nicht zur wirklichen Blasenbildung kommt, sondern das grau getrübte

macerierte Epithel abgestoßen wird und Erosionen entstehen, nach deren Heilung Schrumpfung der Schleimhaut eintreten kann. Die während der Krankheit auftretende Stimmlosigkeit und Suffokationserscheinungen beweisen, daß der Prozeß sich bis zum Kehlkopf fortsetzen kann. Der Pemphigus conjunctivae hinterläßt ausgedehnte Trübungen der Cornea und führt zur Schrumpfung und Verwachsungen der Conjunctiva palpebrarum und der Conjunctiva bulbi (Symblepharon) oder zu Verwachsung der Augenlidränder, selbst bis zum vollständigen Verschluß der Lidspalte (Ankyloblepharon). Auch die Genitalschleimhaut erkrankt.

Nach längerer Dauer der Erkrankung fallen die Kopfhaare aus, die Nägel werden bröckelig und fallen ab. An den einem beständigen Druck ausgesetzten Körperteilen zeigen sich Ulcerationen, an natürlichen Hautfalten Risse und Rhagaden. Die Patienten kommen sehr rasch durch Eiweißverlust beim Serumaustritt in der Ernährung herunter und bringen ein qualvolles Dasein zu, da das Liegen auf der wunden Haut höchst schmerzvoll ist.

Oft erst nach mehrjährigem Bestande der Krankheit tritt der letale Ausgang unter den Erscheinungen von Marasmus oder infolge Komplikationen seitens der Lunge, der Niere oder kolliquativen Diarrhoen ein.

In dem Stadium, wo die Blasen fehlen, ist die Diagnose ohne weiteres nicht zu stellen und in Betracht zu ziehen sind alle die sogenannten generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien, wie sie

1. als Krankheiten sui generis, wie die Pityriasis rubra Hebra und die Dermatitis exfoliativa generalisata,

2. auf der Basis von inneren Erkrankungen, wie Leukämie, Pseudoleukämie und Tuberkulose und

3. als Vorläufer, Begleiterscheinung oder Ausgang einer bekannten Dermatose, wie des Exzems, der Psoriasis, des Lichen ruber, des Pityriasis rubra pilaris, der Mycosis fungoides, auftreten.

Die meisten dieser generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien können sich in gewissen Stadien äußerlich vollkommen gleichsehen und oft erfordern sie eine monatelange, genaueste klinische Beobachtung zu ihrer speziellen Diagnose. Von den meisten dieser Krankheiten unterscheidet sich der generalisierte Pemphigus foliaceus durch seine fettglänzenden, feuchten, gelblichen blättrigen Schuppen (im Gegensatz zu den mehr trockenen, großen, lamellösen, grauweißen oder silberglänzenden Schuppen vieler der übrigen universellen Erythrodermien), durch stärkeres Nässen und vor allem durch leichte Lockerung der Hornschicht: das Nikolskische Phänomen, das sich bei keiner anderen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Affektion findet.

Was die Anatomie der Haut bei Pemphigus foliaceus betrifft, so muß vor allem erwähnt werden, daß die Befunde verschiedener Autoren nicht übereinstimmen. Was den Sitz der Blasen betrifft, so liegen die differentesten Angaben vor. Während Simon, Leloir, Brocq und andere die Blasen durch Abhebung der Epidermis unter Bloslegung der Cutis entstehen lassen, wird nach Hebra die Decke der Pemphigusblase von der obersten Epidermisschicht gebildet. Nach neueren Untersuchungen (Kromayer, Leredde, Perrin) soll die Blase wieder durch die totale Abhebung von der Cutis erfolgen und nach Kromayer und Luithlen von in ätiologischen Faktoren begründeter wesentlicher Bedeutung sein. Ob und inwieweit der Sitz der Blasen in verschiedenen Hautschichten Beziehungen zu Eigentümlichkeiten des klinischen Bildes hat, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Bei den Angaben von Unna, der einen Fall von Pemphigus foliaceus untersucht hat, dominiert im anatomischen Bilde das Oedem der Cutis sowohl wie der Epidermis; die Lymphgefäße sind hochgradig erweitert, die Bindegewebsbündel gequollen und starrer.

Die leukocytäre Infiltration des Coriums ist eine mäßig reichliche und gleichmäßige. Das Oedem des Epithels gibt

sich stellenweise durch Erweiterung der Interspinalräume, welche von Wanderzellen durchsetzt sind, kund: noch mehr aber fällt als Zeichen desselben eine weiche Beschaffenheit des Epithels auf, derzufolge es sich jedem äußeren Drucke gemäß deformiert, die Stachelkonturen und Zwischenstachelräume einbüßt und den Anschein von homogenen, von freien Kernen durchsetzten Massen gewinnt. Je nach dem wechselnden Grade der Hyperämie und des Oedems fehlt entweder die Hornschicht über dem ödematösen Rete ganz, oder sie erscheint mit den von den Wanderzellen reichlich durchsetzten oberen ödematösen Stachelzellenlagen zu einer Kruste verbacken. Ebenso erweist sich das Leistennetz einmal abgeflacht und durch seröse Anschwellung der Papillen verschmälert, das andere Mal, offenbar Regenerationsversuchen entsprechend, hypertrophisch, in seinen Zapfen verlängert, Mitosen enthaltend und über sich eine normale und eine kernhaltige Hornschicht zeigend. Die Histologie des Pemphigus foliaceus gibt folgende Erklärung: Die Hautgefäße in der Basis von Blasen zeigen ausgeprägte Dilatation vorwiegend der Venen und subpapillaren Lymphgefäße. Aus diesen ausgedehnten, wahrscheinlich auch paretischen Gefäßen exsudiert reichlich Serum, durchfeuchtet das Epithel derartig, daß jede Hornschichtbildung verhindert und periphere Abhebung des noch festhaftenden Epithels am Rande der Blase bewirkt wird. Ueber die ätiologische Frage des Pemphigus möchte ich in Kürze die herrschenden Ansichten anführen.

Die positiven Tatsachen, die die klinische Beobachtung und die Sektion ergeben haben, wurden zur Stütze zweier Hypothesen herangezogen. Die eine bringt den Pemphigus in Beziehung zum Nervensystem, die andere erblickt im Pemphigus eine toxische oder infektiöse Erkrankung.

Zur Stütze der neuropathischen Theorie dienen jene Fälle, bei denen nach organischer oder funktioneller Erkrankung des Nervensystems sich chronische Blasenerup-

tionen ausbilden. Hierher gehören Blasenbildungen nach Schuß oder sonstigen Verletzungen des peripheren oder zentralen Nervensystems, oder Komplikationen der Erkrankungen des Gehirns, Rückenmarks, wie Hemiplegie, chronische Myelitis, progressive Muskelatrophie.

Im Rückenmarke und an den Hautnerven der erkrankten Stellen wurden bei der Sektion degenerative Veränderungen beobachtet, aber Eppinger ist nicht geneigt, ihnen eine ätiologische Bedeutung beizumessen. Ganz besonders muß hervorgehoben werden, daß die klinischen Untersuchungen des Nervensystems bei Fällen von chronischem Pemphigus vollkommen normale Verhältnisse ergaben.

Sormani und Eppinger vereinigten beide Theorien: auf infektiösem oder autotoxischem Wege kommt es zur Resorption von Toxin in die Blutbahn, zur Reizung und Schädigung des Zentralnervensystems und als Folge dieser Reizung zur Innervationsstörung der Hautgefäße, Zirkulationsstörung, Erythemen und Blasenbildung. In der neuesten Zeit vertritt Leredde folgende Ansicht über die Pathogenese des Pemphigus foliaceus: Nach ihm wirkten die toxischen Körper primär auf die blutbereitenden Organe (Knochenmark usw.) und erst durch Vermittlung der sich hieraus ergebenden Blutanomalien (Eosinophilie) auf die Haut, daselbst die Erscheinungen des Pemphigus foliaceus hervorrufend.

Erbliche Belastung spielt in der Aetiologie des Pemphigus eine höchst untergeordnete Rolle. Nur ein einziges Mal ist es dem älteren Hebra gelungen mit Sicherheit den Nachweis der Heredität zu erbringen. Es handelte sich um einen zweiundzwanzigjährigen Mann, der seit Jugend an Pemphigus chronicus litt und angab, daß seine Mutter, seine Schwester, sein Bruder mit dem gleichen Uebel behaftet seien.

Der gewöhnliche chronische Blasenausschlag befällt ungefähr gleichmäßig das männliche und das weibliche Geschlecht. Für die Pemphigus foliaceus-Fälle stellen aber die

weiblichen Individuen das größere Kontingent, etwa dreimal so viel Frauen als Männer erkranken. Semiten besitzen nach Kaposi und Neumann eine Prädisposition für Pemphigus.

Hinsichtlich seiner Prognose ist der Pemphigus foliaceus sehr infaust. Therapeutisch sind unzählige Heilmittel empfohlen und angewandt worden, aber keinem ist es gelungen, den Prozeß zum Verschwinden zu bringen. Die örtliche Behandlung wie Salben, Puder, adstringierende Bäder sind für die exkoriierenden Partien von großem Nutzen; ob Röntgenstrahlen von Bedeutung sind, muß weiteren Beobachtungen überlassen bleiben. Auch durch interne Medikation, Arsenik, Jodkali, Eisenpräparate, Chinin u. a. ist bis jetzt nichts wesentliches erreicht worden. Für vorgeschrittene Fälle von Pemphigus foliaceus bildet das von Hebra angegebene permanente Wasserbad eine gute Therapie. Besonders muß man durch Diät und Medikamente dem Herabgehen des allgemeinen Ernährungszustandes vorbeugen und ebenso wird in den späteren Stadien der ausgiebigste Gebrauch der Narkotica indiziert sein. Der Schilderung des allgemeinen Krankheitsbildes, Aetiologie und Therapie möge die Anamnese des beobachteten Falles folgen:

Anamnese: 27 Jahre alte, mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungszustand. Am Herzen systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen ziemlich gleichmäßig zu hören. Puls inäqualis, regularis, ziemlich klein, keine Verbreiterung des Herzens. Lungen ohne Befund. Abdominalorgane ohne Befund; keine Drüsenschwellung. Schleimhäute frei. Febris intermittens. Frühere Krankheiten: als Kind Masern, sonst immer gesund gewesen. Heredität ohne Befund.

Leidet an Krampfadern.

Fünf Monate vor ihrer Lieferung platzte eine Ader am linken Unterschenkel. Sie klebte Hamburger Pflaster darauf, bekam infolgedessen einen Hautausschlag von kleinen Bläschen, der sich etwas besserte, aber niemals ganz ausheilte.

Während des Sommers 1907 spürte Patientin häufig heftiges Jucken an wechselnden Körperstellen. Das Jucken war teilweise so stark, daß sie sich mit einem Handtuche reiben mußte. An den juckenden Stellen starke Rötung und Schuppung. Vor 7 Wochen verspürte Patientin auf der Brust und Stirn starkes Jucken. Eine genaue Beschreibung der Effloreszenz konnte Patientin nicht geben. Da sie, wie sie sagte, immer gleich aufkratzte, bedeckte sich der Körper allmählich mit Schuppen. Die Schuppung verbreitete sich allmählich. Die Haut war gerötet und näßte an manchen Stellen.

Haut: Die Haut des Kopfes ist gerötet, mit kleinen hanfkorngroßen Schuppen bedeckt. Die Haare sind nirgends verklebt, kein Nässen. Die Haut des Gesichts zeigt gleichfalls in toto eine Rötung, keine Schwellung, ist in der Gesamtheit mit bis zehnpfennigstückgroßen Schuppen bedeckt, die teilweise sich blätterteigartig decken. In der Umgebung des Mundwinkels finden sich einige goldgelbe Borken, ebenso Borkenbildung an den Ohren, an der rechten Ohrmuschel ziemlich starkes Nässen. Die Haut des Rumpfes ist in toto gerötet und vollkommen mit teilweise sich deckenden blätterteigartig angeordneten Schuppen bedeckt. Die Haut ist hier leicht verdickt, blaurot bis rötlich verfärbt. Die Haut beider Schultergürtel, besonders in den Achselhöhlen zeigt starkes Nässen, ebenso in der Umgebung der rechten Mamma. Die Haut ist sehr stark gespannt und daher die Bewegung in den Schultergelenken sehr schmerzhaft. Die oberen Extremitäten zeigen in der Mitte an der Streckseite des Ellenbogengelenks über handtellergroße Herde. In der Mitte zeigen sie eine ungefähr fünfmarkstückgroße Zone normaler Haut, dann folgt eine breite Zone wo die Haut etwas geschwollen, bläulichrot gefärbt und mit blätterteigartig angeordneten Schuppen und mit gelblichen Borken bedeckt ist. Nach dem Rande zu ist ein serpiginös fortschreitender Wall von lebhaft geröteter Haut, der mit abgehobenen Epidermisfetzen bedeckt ist.

Daneben finden sich am Oberarm sowohl, als auch am Unterarm kleine, ungefähr stecknadelkopfgroße, nicht infiltrierte rötliche Herde. Außerdem findet sich an der Streckseite des linken Oberarms eine ungefähr zehnpfennigstückgroße auf etwas gerötetem Grunde sitzende Blase mit matschem Inhalt. Die Haut der Unterarme und Hände ist frei. An den unteren Extremitäten ist die Haut der Oberschenkel und der Inguinalgegend in toto mit Schuppen bedeckt, wie die des Rumpfes. Sonst finden sich nur noch vereinzelte Schuppenherde, daneben sind an der Innenfläche der Oberschenkel einige zweimarkstückgroße Epitheldefekte, an deren Rändern die Haut sich weiter abhebt.

Auf der Innenseite der linken Kniegegend befindet sich eine linsengroße Blase von matschem Inhalt. Die Haut beider Unterschenkel ist in toto gerötet etwas infiltriert, mit Schuppen bedeckt.

Die Füße und Knie sind frei.

Bei etwas stärkerer Berührung der Haut löst sich die Epidermis mit Leichtigkeit in Fetzen ab.

An der Innenseite des linken Oberarms sind stecknadelkopfgroße gerötete Herde entstanden, daneben linsengroße Bläschen von demselben Charakter, wie die oben beschriebenen.

Ebenso auf der Innenseite des linken Unterarms, auf der Beugeseite des rechten Oberarms einige neue linsengroße, gerötete etwas erhabene Herde.

5. XI. An verschiedenen Körperstellen haben sich Schuppen abgelöst. Am kleinen Finger der linken Hand ist auf der Haut über dem I. Carpometercarpalgelenk eine linsengroße, schlaffe Blase entstanden, die von einem gerötеten Hof umgeben ist.

6. XI. Neue Blasen auf der Haut des Condylus internus des rechten Beines. Therapeutisch Lanolin, Vaselin aa. in toto.

7. XI. Eintrocknung der Blase, oberhalb derselben sind zwei neue linsengroße entstanden.

8. XI. Das Nässen hat völlig nachgelassen. Die Haut des Gesichts ist stark gerötet, Schuppen sind erweicht, haben sich am Gesicht fast ganz, am Rumpfe teilweise abgelöst. I. Bad Kal. hypermanganicum. Nachher Einreiben mit Lanolin, Vaselin aa.

9. XI. Auf der Streckseite des rechten Unterschenkels ist eine neue zehnpfennigstückgroße Blase entstanden. Die Herde an den oberen Extremitäten breiten sich aus und nehmen fast die ganzen oberen Extremitäten ein mit Ausnahme des Handgelenks und der Hände. Auch die Herde an den unteren Extremitäten haben sich vergrößert. II. Bad. Kal. hypermanganicum.

11. XI. An der Beugeseite des rechten Unterarms in der Gegend des Handgelenks zwei neue Blasen. Die Herde an den Unterarmen haben sich weiter ausgebreitet. III. Bad. Kal. hypermanganicum.

12. XI. Ueber dem rechten Handgelenk findet sich auf der Streckseite eine ungefähr markstückgroße gerötete, nichtinfiltrierte Hautpartie, auf derselben sitzt eine schlaffe Blase auf. Auf dem Handrücken ist die Haut teilweise gerötet. Auf der Streckseite der Haut der ersten Phalange befindet sich eine fünfpfennigstückgroße, gerötete nichtinfiltrierte Hautstelle, auf der eine gelbliche Borke sitzt. Auf dem linken Handgelenk befindet sich eine über fünfmarkstückgroße etwas gerötete Hautfläche, über der sich die Epidermis abgelöst hat, am Rande hängen Epidermisfetzen, darüber befindet sich eine linsengroße Blase. Die Herde an den unteren Extremitäten haben sich bis auf den Fußrücken ausgebreitet. Am Rande des Herdes, der serpiginös fortschreitet, ist eine gerötete, etwas infiltrierte Hautpartie. Die Epidermis hängt in Fetzen an diesen Stellen herab und läßt sich leicht abziehen. IV. Bad Kali hypermanganicum.

13. XI. Auf der Haut an der Außenfläche über dem

Radiusköpfchen ist eine ungefähr markstückgroße Blase von schlaffer Konsistenz entstanden. Die Haut herum ist in einer Zone von 2—3 mm gerötet. Die Schuppenherde an den Unterarmen haben sich etwas weiter ausgebreitet.

14. XI. Die Blase über dem Handgelenk hat sich vergrößert. Der Inhalt sammelt sich am unteren Rande an, während am oberen die Blase schlaff aufliegt und frei von Flüssigkeit ist. Beim Oeffnen der Blase entleert sich eitrige Flüssigkeit.

15. XI. Patientin klagt über Schlaflosigkeit.

18. XI. Die Herde an den Unterarmen haben sich nach den Händen zu bis über die Mitte derselben vorgeschoben. Die Epidermis hebt sich von der Unterlage ab und hängt etwas in Fetzen über. Der Rand des Herdes, der serpiginös nach den Fingern fortschreitet, ist lebhaft gerötet und etwas infiltriert.

23. XI. Die Herde an den Füßen haben sich bis auf das Dorsum pedis ausgebreitet, an den Händen bis 1 cm Entfernung von den Metacarpophalangealgelenken. Die Haut des Körpers ist in toto gerötet mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt, nur die Knie sind frei von der Schuppung.

24. XI. Chinin. sulfuricum. ab.

27. XI. Pilul. asiat. zweimal täglich. 1 Pille steigend.

28. XI. Patientin klagt über starkes Brennen der Haut jedesmal nach dem Bade. Kal. hypermanganicum. Bäder ab. Thiopinolbäder.

30. XI. Temperaturanstieg. Schüttelfrost 37,2; 39; 39,1. Acid. sulf. Acid. phosph. aa. 1,0. Aqua destil. 170,0 Sirup. simplex aa. 200,0 zweistündlich 1 Eßlöffel.

1907 1. XII. Die blätterteigartige Schuppung hat sich bis zu den letzten Phalangen der Finger auf der Streckseite ausgebreitet und greift auch auf die Hohlhandseite über. Eine große schlaffe Blase findet sich auf der Beugeseite der VI. Daumenphalange. Die Füße sind in toto ausgenommen. Die Plantarseiten und die Streckseite der letzten

Phalangen mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt. Somit ist mit Ausnahme einiger Stellen an Händen und Füßen die Haut des ganzen Körpers ergriffen. Puls 100. Herz vergrößert, fingerbreit über dem rechten Sternalrand, nach links Grenze: III. Rippe, Mamillarlinie. Systolische Geräusche über dem ganzen Herzen, am deutlichsten über der Pulmonalis. Veronal.

3. XII. Schüttelfrost. Temperatur 39,6.

4. XII. Die Temperatur ist wieder zur Norm abgefallen. Puls 96.

5. XII. Schüttelfrost. Temperatur 39,6; 39,4.

6. XII. Schüttelfrost, Patientin hat Menses. Temperatur 39,4; 39,2.

7. XII. Patientin befindet sich wohl. Temperatur 37,2. Mixt. acida ab. Thiopinolbad.

8. XII. Patientin fühlt sich nicht wohl. Thiopinolbäder ab. Pilil. asiat. ab.

11. XII. Chinin. Sulfuric. täglich 1,5.

13. XII. Patientin klagt über Brennen der Fußsohlen. Burowsche Lösung (Füße).

14. XII. Patientin klagt über Brennen der Hände. Temperatur abends 38,5.

15. XII. $^1/_4$ % Mentholsalbe.

20. XII. Patientin klagt über Brennen der Augen, fühlt sich sonst wohl, das rechte Auge entzündlich gerötet.

25. XII. Status idem.

28. XII. Patientin klagt über Brennen beider Augen. Geringe Konjunktivitis. Ther. Ung. leniens in toto.

31. XII. Täglich 1 g Chinin. sulfuric.

4. I. 08. An beiden Füßen zahlreiche Exkoriationen. Die Haut des ganzen Körpers ist trocken, in toto mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt. Auskultation des Herzens ergibt ein systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen. Perkussion ergibt keine Verbreiterung.

5. I. Dreimal täglich 15 Tropfen Tinct. Valerian.

8. I. Patientin ist über ihren Zustand sehr deprimiert. 1,0 Bromnatr. abends.

10. I. 3 g Bromnatr.

13. I. Patientin klagt über starkes Herzklopfen, Schlaflosigkeit. Geringe Verbreiterung des Herzens nach links. Systolisches Geräusch. In den beiden Achselfalten haben sich große Pakete von stark geröteten Papillomen gebildet, ebenso papillomatöse Wucherungen geringen Grades in den beiden Ellbogenbeugen. Tinct. Strophanti dreimal täglich 5 Tropfen.

15. I. Herz nach der Medizin ruhiger (Tinct. Strophanti) gewesen.

23. I. Patientin durfte aufstehen, aber sie legte sich sofort wieder, da ihr schlecht geworden sei.

24. I. Patientin klagt über sehr starkes Herzklopfen. Eisblase aufs Herz.

29. I. Füße haben sehr stark gejuckt. Ung. leniens (Füße).

30. I. Dreimal täglich Tinct. Chin. comp.

4. II. Patientin klagt über sehr starkes Herzklopfen. Puls abends 125. Tinct. Strophanti, dreimal täglich 5 Tropfen.

13. II. Patientin hat Diarrhöe. Tannalbin 3,0.

14. II. Tinct. Chin. comp. ab. Solutio Fowleri.

19. II. Thiopinolbäder.

21. II. Patientin klagt über Herzklopfen. Systolisches Geräusch.

25. II. Die Untersuchung des Herzens: Fingerbreit über dem rechten Sternalrand III. Rippe, nach links außerhalb der Mamillarlinie. Systolisches Geräusch über allen Ostien zu hören. Brom ab. Abends 0,5 Veronal. Ung. leniens. ab. Bäder.

26. II. Puder ab. Ung. leniens (Körper).

3. III. Rotes Zimmerlicht.

6. III. Temperatur fällt allmählich, Patientin fühlt sich jetzt im roten Lichte wohl.

9. III. Auf dem Kopfe spärliche Haare. Der Kopf ist

ziemlich mit Borken bedeckt. Augenbrauen und Wimpern spärlich. Der Körper mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt, geringes Nässen am ganzen Körper, besonders in den Beugen. In den Achselhöhlen finden sich vorn und hinten den Achselfalten entsprechend große Pakete papulomakulöser Wucherungen, die stark gerötet sind; hier außerordentlich starke Sekretion. Nägel sind erhalten, zeigen aber teilweise Abhebung vom Bett. Schleimhäute vollständig frei, Leistendrüsen etwas geschwollen, sonst Drüsen nicht geschwollen. Außerordentlich starker Foetor des gesamten Körpers.

Blutuntersuchung: weiße 6,800
rote 3,200 000
eosinoph. 19 %
polynukleäre 63 %
mononukleäre 16 %
Mastzellen 1½ %
Haemoglobingehalt 80—85 % (nach Sahli).

28. III. Patientin klagt über heftiges Jucken im Bade. Jeden zweiten Tag Thiopinolbad.

3. IV. Starker Juckreiz, besonders an den Füßen. Mentholleniens-Salbe.

4. IV. Mentholsalbe ab. Ung. leniens.

5. IV. Chinin ab.

6. IV. 1 Löffel Brom.

7. IV. Foetor am Körper geringer, die Schuppung an den Extremitäten und am Körper dieselbe, ebenso die papillomatösen Wucherungen unter dem rechten Arm. Der Nagel am vierten Finger der linken Hand ist nachgewachsen, in verkümmertem Zustand. Lautes systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen.

8. IV. Starker Juckreiz an den Händen und Füßen. Ung. leniens und Menthol.

9. IV. Tinct. Fowleri. Tinct. Chinae. Dreimal täglich 3 Tropfen.

1. IV, 1 g Veronal.

14. IV. Patientin klagt über Schlaflosigkeit. Nachts starkes Herzklopfen. Vegetation am linken Daumen. Tinct. Strophanti. Dreimal täglich 5 Tropfen.

16. VI. Die Haut des ganzen Körpers schuppt noch sehr stark.

6. VII. Im Gesicht bildet sich ein kleines, gestieltes Condylom von hochroter Farbe unterhalb des rechten Auges dicht am Nasenrücken.

8. VIII. Wiederaufnahme. Pat. war kurze Zeit in ihrem Haushalte tätig. Sie hat dort wegen Juckreizes Bäder von Brennesseln genommen. Die Haut des ganzen Körpers ist in toto gerötet, die teilweise blätterteigartig in Fetzen herunterhängt. In den Beugestellen starkes Nässen. Die Haut der Oberschenkel ist stark infiltriert und mit dicken Schuppen bedeckt. Therapie: Ung. leniens.

22. VIII. Bedeutende Besserung. Der Körper schuppt nicht mehr so stark. Solutio Fowleri gut vertragen.

4. IX. Solutio Fowleri. Tinct. Chinae bis zu 15 Tropfen täglich.

7. IX. Die Schuppung dauert fort.

15. IX. Täglich ein hypermangansaures Bad. Zwischen Zehen und Finger Salicylstreupulver gebracht.

2. X. Allgemeinbefinden gut.

15. X. Patientin badet täglich weiter. Am Herzen das alte systolische Geräusch, sonst regelmäßig und kräftig.

28. X. Patientin hat mehrere Tage an Diarrhöe gelitten, die jetzt wieder beseitigt ist.

5. XI. Bei der Patientin ist eine lebhafte Rötung des linken Auges aufgetreten. Patientin klagt über stechende Schmerzen. Es besteht eine perikorneale Injektion. Warme Umschläge. Atropin.

6. XI. Der untere Abschnitt der Cornea ist getrübt. Man sieht nahe am Rande eine Erosion.

9. XI. Schmerzen und die Rötung des linken Auges sind geschwunden. Pupille stark erweitert.

13. XI. Das linke Auge beginnt sich wieder zu röten. Atropin. Warme Borwasserumschläge.

17. XI. Die perikorneale Injektion ist wieder verschwunden.

19. XI. Atropin ab. Zinktropfen.

20. XI. Die Haut schuppt nicht mehr so stark wie früher, auch sitzen die Schuppen bedeutend fester.

14. I. 1909. Die Haut ist ein wenig glatter geworden. Die Haare nicht mehr so struppig.

6. II. Die Haut der Unterarme ist trockner und glatter geworden.

20. II. Haarwuchs hat zugenommen. Die Nägel haben wieder ziemlich normale Bildung angenommen. Keine Temperatur. Thiopinolbad.

24. III. Temperatur abends 38,7. Thermophor auf den Leib. Strychninpillen. 2 Pillen pro die steigend bis 8.

25. III. Temperatur abends 37,5.

27. III. Stark remittierendes Fieber. Strychnin ab. Chinin. Dreimal täglich 0,5.

6. IV. Schmerzen im Nacken.

7. IV. Chinin ab. Aspirin. Dreimal täglich 0,5.

8. IV. Im Nacken Auftreten von subkutan gelegenen Knoten. Bei Druck schmerzhaft.

10. IV. Collargolklysma 1,0 : 50. Knoten fluktuiert. Abszeß. Stark remittierendes Fieber.

13. IV. Abszeß von dreimarkstückgroßer Ausdehnung. Unter Burowscher Lösung weniger Schmerzen.

16. IV. Inzision des Furunkels. Jodoformgaze. Tamponade. Ung. leniens.

29. IV. Befinden verhältnismäßig gut. Gewöhnliche Bäder. Ung. leniens.

3. V. Thiopinolbad jeden zweiten Tag. Zinkoxydpuder unter dem Arm.

5. V. Haut ist eigentümlich trocken.

28. V. Solutio Kali jodati 3:200. Dreimal täglich einen Eßlöffel.

4. VI. Patientin klagt über Angst und Unbehagen. Starkes systolisches Geräusch. Digalen. Dreimal 10 Tropfen.

6. VI. Ohrensausen. Digalen ab. Eisblase aufs Herz.

8. VI. Patientin fühlt sich schlecht, hat starkes Herzklopfen. Tinct. Valer. Dreimal 10 Tropfen.

12. VI. Puls ruhig. Geräusch weniger deutlich solut. Kali bromati. Zweimal 1 Eßlöffel nach dem Essen.

18. VI. Etwas Besserung. Dreimal täglich 1 Eßlöffel Solutio Kali bromati.

22. VI. Patientin wird das erste Mal mit Röntgenstrahlen behandelt.

26. VI. Milzbestrahlung mit Rohrabstand.

1. VII. Unterschenkel.

7. VII. Hände und Arme.

10. VII. Rechte Achselhöhle.

16. VII. Rechtes Schulterblatt.

17. VII. Befinden gut.

18. VII. Herz ruhiger. Töne rein.

24. VII. Patientin wird bestrahlt. Das Befinden ist gut. Die Haut des Oberschenkels scheint glatter zu werden, während sonst starke Hyperkeratose überall deutlich ist. Papillome unter den Achseln gehen zurück.

31. VII. Abermalige Herzbeschwerden. Kal. brom. Dreimal täglich 1 Eßlöffel.

2. VIII. Patientin fühlt sich wohl, zurzeit keine Herzbeschwerden.

6. VIII. Patientin klagt über Leibschmerzen. Stuhlgang in Ordung. Thermophor. 10 Trophen Morphium.

17. VIII. Heftiger Durchfall. Diät.

21. VIII. Stuhlang besser. Herz ohne Beschwerden. Röntgenstrahlen scheinen keinen großen Einfluß auf das

Leiden zu haben. Pat. klagt über alle möglichen Beschwerden. Die Haut scheint trockner zu werden. Brom ab.

23. VIII. Heftiger Durchfall. Diät. Schleimsuppen, Rotwein, Selters, Kakao. Die Haut schuppt stärker. Allgemeinbefinden nicht gut.

24. VIII. Kein Stuhlgang, keine Beschwerden vom Magen. Es wurde Versuch gemacht, Patientin mit einer anderen Salbe zu behandeln, da die Haut in der letzten Zeit entschieden schlechter, trockner und hyperästetischer geworden ist. Lanolin, Vaselin aa für den ganzen Körper. Außerdem bekommt die Patientin jeden ersten Tag gewöhnliches Bad, jeden zweiten Tag mit Kal. hypermanganicum. Ung. Kali jodati. für den rechten Arm.

29. VIII. Ung. Kali jodati wird nicht vertragen, daher gleich ab. Ung. leniens.

2. IX. Versuch mit 2 % Borvaselinsalbe auf den rechten Arm. Magen in Ordnung infolge Diät. Borvaselin wird vertragen. Man hat Eindruck, daß der rechte Arm besser aussehe als der linke.

8. IX. Allgemeinbefinden gebessert. Ab und zu Schmerzen im Abdomen. Es wird erlaubt Milch zu trinken.

13. VIII. Stuhl und Magen in Ordnung. Patientin hält weiter Diät.

15. VIII. Magenbeschwerden gebessert, Patientin darf Schinken haben.

20. VIII. Die Haut macht im ganzen einen etwas roten Eindruck, auch zeigt sie namentlich am Oberkörper stärkere Schuppung. In der rechten Ellenbogenbeuge verstärkte papillomatöse Wucherung. Keine Magenbeschwerden. Pat. bekommt etwas Obst.

25. IX. I. Atoxylinjektion 0,05 in den rechten Gluteus.

28. IX. II. Injektion 0,05 in den linken Gluteus. Schmerzen von der Spritze.

30. IX. III. Atoxylinjektion 0,05 in den rechten Oberschenkel.

1. X. Herzbeschwerden. Lautes systolisches Geräusch. Digalen. Dreimal täglich 10 Tropfen.

2. X. IV. Atoxylinjektion 0,06 in den linken Oberschenkel. Sehr unruhiges Herz. Eisblase auf das Herz.

3. X. Herz sehr unruhig. Appetit schlecht.

4. X. Patientin hat am Abend ein Schwindelanfall auf dem Wege vom Bade gehabt. Starkes systolisches Geräusch. Irregularität des Herzens, kein Appetit, große Mattigkeit. Atoxyl nicht mehr gegeben. Temperatur.

6. X. Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaf mäßig.

10. X. Allmählich wird das Allgemeinbefinden der Pat. besser. Sie ist sehr melancholisch gestimmt. Digalen ab.

11. X. Patientin bekommt wie immer täglich Ung. leniens eingerieben, sonst nichts. Temperatur abends immer noch bis 38°. Chinin. sulfur. 0,25. Zweimal täglich.

20. X. Temperatur etwas niedriger. Allgemeinbefinden gut. An beiden Händen bekommt Patientin stecknadelkopfgroße, mit eitrigem Inhalt gefüllte Pustelchen. Burowsche Lösung.

25. X. Hände sind gesund. Patientin befindet sich wohl.

26. X. Patientin hat heftigen Durchfall mit Tenesmus. Es geht etwas Blut ab. Abends Temperatur 39°. Starke Leibschmerzen.

27. X. Patientin hält Diät. Tenesmus ist sehr quälend. Tinct. opii. 10 Tropfen.

30. X. Befinden nicht geändert. Schmerzen im Leib, große Mattigkeit. Untersuchung der inneren Organe ergibt: Lungen o. B. Herz mäßig verbreitet nach links systol. und diastal. Geräusche. Puls voll, kräftig, ruhig. Leber: 2 Finger breit unter dem rechten Rippenbogen. Druckschmerzhaftigkeit, die wohl auf Quercolon zu beziehen ist. Am After Haemorrhoiden.

31. X. Temperatur ist abgefallen. Es stellte sich heraus, daß die Patientin am 25. X. Gänsebraten gegessen hat, den

ihre Mutter mitgebracht hatte. Ueber die Menge und Zustand des Fleisches ist nichts zu erfahren.

1. XI. Durchfall. Tanningen. Dreimal täglich eine Messerspitze.

3. XI. Zustand etwas gebessert.

4. XI. Patientin bekommt Aufstöße.

6. XI. Seit dem 3. nur einmal täglich Stuhl. Aber die Patientin muß noch Diät halten.

8. XI. Abends hat Patientin plötzlich Temperaturanstieg bis auf 39,5.

9. XI. Temperatur normal. Stuhl und Urin o. B. Pat. fühlt sich etwas besser.

11. XI. Täglich nach dem Bade einen Eßlöffel Kognak.

15. XI. Der Zustand der Patientin ist bedeutend gebessert. Die Durchfälle haben aufgehört. Patientin darf allmählich etwas Gemüse und Schinken essen.

22. XI. Patientin hat zwei Tage lang keinen Stuhl gehabt.

30. XI. Befinden der Patientin gut. Appetit mäßig. Condurango. Allmählich wird erlaubt zur gewöhnlichen Diät zurückzukehren.

6. XII. Appetit gut. Condurango ab.

11. XII. Patientin befindet sich wohl. Sie soll wieder mit Medikamenten anfangen. Tinct. Chinae. Dreimal täglich 10. Tropfen.

14. XII. Allgemeinbefinden gut. Status der Haut unverändert.

1. I. 1910. Zustand bis dahin derselbe. Darauf treten Schmerzen im Leibe ein. Patientin glaubt Durchfall zu bekommen. Tannalbin 0,5. Dreimal täglich.

4. I. 10. Patientin hat Durchfall, klagt über Schmerzen im Leib. Diät. Tannalbin Tinct. Chinae ab.

5. I. Befinden gebessert. Menses treten auf.

13. I. Befinden gut.

18. I. Entlassen gebessert auf Wunsch nach Siechenhaus Fürstenwald.

Dieser Fall stellt einen typischen Pemphigus foliaceus dar. Die Diagnose wird durch den ganzen Verlauf der Krankheit bestätigt:

Beginn mit Auftreten von kleinen, schlaffen Bläschen, welche immer mehr in den Hintergrund traten, um der Bildung verschieden großer, roter mit fettigen, blätterteigähnlichen Schuppen bedeckten Herden Platz zu machen, die große Neigung haben in kurzer Zeit den ganzen Körper zu überziehen, abnorme Lockerung der Hornschicht, beträchtliche Infiltration der Haut, Nichtbefallensein der sichtbaren Schleimhäute — alles das ist sehr charakteristisch für Pemphigus foliaceus.

Aetiologisch konnte man aus den Beobachtungen dieses Falles keinen bestimmten Schluß ziehen, nur möchte ich mir erlauben die Vermutung auszusprechen, ob nicht ein Zusammenhang zwischen dem Platzen der Krampfader und der Entwicklung des Pemphigus besteht.

Zum Schluß erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Lesser für die freundliche Ueberlassung des Materials und Herrn Prof. Dr. Tomaszewski für die gütige, wohlwollende Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band XXIV pag. 182, 346, 836, 845, 892, 1017. Bd. XXX 163. BL. VI p. 85, 247, 419.

Mracek, II. B. Handbuch für Hautkrankheiten.

Jarisch, Die Hautkrankheiten.

Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Ziemßen, H. von, Handbuch der Hautkrankheiten.

Kreibich, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Kongreß I—V Wien.

L. Brocq, La pratique dermatologique. Tom. III. S. 795.

Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

Joseph, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1900.

Lebenslauf.

Ich, Bronislawa Galkus, römisch-katholischer Konfession, bin am 12. Januar 1885 in Schawli in Littauen geboren. Meine Ausbildung genoß ich daselbst auf dem Mädchengymnasium.

Im Jahre 1905 bezog ich die Universität Bern, um Medizin zu studieren, bestand im Jahre 1908 die ärztliche Vorprüfung und begab mich zur Vollendung meiner Studien nach Berlin.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren: Bier, Bumm, Bürgi, Deucher, Fischer, Förster, Friedheim, Greef, Heubner, Hildebrand, His, Jadassohn, Jolly, Klapp, Kocher, Kolle, Köllner, Kostauecky, Kronecker, Langhaus, Lesser, Lewin, Meyer, v. Michel, Müller, Nagel, Oestreich, Olshausen, Orth, Passow, Rosin, Sahli, Senator, Stoos, Straßer, Stude, Tavel, Tomaszewski, Ziehen, Zimmermann.

Allen diesen hochverehrten Lehrern spreche ich meinen ehrerbietigsten Dank aus.